TRAUMATISMELE ÎN FOTBAL

Un caz din 3000 ca un fotbalist să sufere o fractură a gambei!

Cunoscuta revistă franceză „Football Magazine" publică în numărul 96 din ianuarie 1968, un interesant articol semnat de **Jacques Thibert**, purtînd titlul de mai sus. Subiectul nu numai că reprezintă o problemă de primă importanță, dar oferă specialiștilor și un bogat material documentar referitor la accidentele posibile la jucătorii de fotbal.

Bazat pe statisticile F.I.F.A., dar mai ales pe raportul doctorului **Alan Le Bass**, medic al echipei londoneze Arsenal, articolul ridică probleme importante ale traumatologiei în fotbal. Cum experiența unor țări cu tradiție în fotbal constituie o valoare ce trebuie folosită inclusiv în medicina sportivă, considerăm că este util să facem o scurtă referire la articolul medicului cunoscutei formații insulare, comparînd datele sale cu cele culese în țara noastră.

Pornind de la importanța recuperării complete a fotbaliștilor accidentați, autorul susține necesitatea existenței unei traumatologii specific sportive, în care obiectul principal — RECUPERAREA COMPLETĂ — este realizată în comun de medic și antrenor. A. L. Bass arată că observațiile sale sînt efectuate pe o perioadă de 6 ani asupra celor 136 jucători care au activat în acest timp în cadrul echipei Arsenal, care au suferit 290 leziuni mai importante în timpul celor 20 394 ore de jocuri oficiale. După autor, principalele leziuni ar fi reprezentate astfel :

	Nr. cazuri	%
Fracturi	17	5,9
Periostite	11	3,8
Rupturi menisc	6	2,1
Leziuni musculo-tendinoase	132	45,6
Entorse	102	35,0
Plăgi ale pielii	22	7,6
Total	290	100,0

Problemei **duratei perioadei de recuperare, medicul îi acordă mare importanță.** Aceasta nu atît pentru lipsa aportului jucătorului în echipă, cît mai ales pentru efectele negative pe care le are întreruperea asupra potențialului jucătorului respectiv. În această idee, el expune cîteva păreri personale bazate pe experiența sa. Astfel, în fracturile gambei, mai ales la cele cu traiect complicat, el folosește pentru tratament mai mult metoda chirurgicală decît cea ortopedică. Aceasta ar avea ca indicație majoră, în primul rînd obținerea unei refaceri anatomice perfecte și, în același timp, reducerea la jumătate a timpului de imobilizare. Clasificarea leziunilor musculo-tendinoase și articulare este făcută după criterii anatomice în concepția cauzalității traumatice a acestora. Pentru leziunile musculare, A. L. Bass folosește o clasificare personală, mai puțin folosită, diferențiind leziunile intramusculare și intermusculare, fapt ce s-ar repercuta și în durata de vindecare, după cum urmează :

Localizarea leziunii musculare	Nr. cazuri	Zile incapacitate	
		Total	Media pe afecțiune
Mușchii quadriceps			
— intramusculară	8	204	25,5
— intermusculară	41	316	7,7
Ischiogambieri			
— intramusculară	2	57	28,5
— intermusculară	22	279	12,6
Adductorii coapsei			
— intramusculară	0	0	0
— intermusculară	15	172	11,4
Gomenii gambei			
— intramusculară	3	42	14,0
— intermusculară	16	98	6,1

În privința tratamentului folosit, acesta diferă după felul și gravitatea leziunii. În afecțiunile osoase și ale aparatului capsuloligamentar, autorul folosește constant imobilizarea gipsată pentru 10—14 zile. De asemenea, obține rezultate bune prin folosirea ultrasunetului precum și a injecțiilor locale cu hidrocortizon. Un accent deosebit îl acordă recuperării funcționale a traumatizantului prin exerciții fizice speciale în care colaborarea antrenorului este citată ca foarte valoroasă.

Reducerea numărului de accidente depinde numai de... noi!

În ultimele decenii, problema traumatismelor în fotbal a format obiectul studiului multor specialiști. Frecvența, localizarea și formele lor sînt puternic influențate de diverși factori specifici fiecărei țări : climatul, sistemul competițional, temperamentul jucătorilor, numărul lor, perioada anilor în funcție de evoluția sistemelor de joc, condiții materiale și de pregătire, arbitraje etc. De aceea și statisticile dau rezultate variate în funcție de fiecare țară. Astfel, în diverse țări, din totalul sportivilor accidentați, fotbaliștii au prezentat proporții diferite, după cum citează următorii autori :

Locul	Autorul	Procentul de fotbaliști din totalul sportivilor accidentați
Viena	Knoflech	18,5%
Oslo	Johanes	21,5%
Frankfurt	Rosenberg	30,0%
Moscova	Vorobiov	29,0%
Praga	(oficial)	40,3%
Italia	G. La Cava	7,7%

În țara noastră, procentul traumatismelor suferite de fotbaliști, comparativ cu totalul sportivilor accidentați, este în scădere, după cum rezultă din tabelul de mai jos :

Anul : Autorul : Instituția :	1956 C. Doboșiu D.C.S.	1961 I. Stavarache D.C.S.	1967 N. Stănescu C.M.S.
Procent din totalul sportivilor accidentați	25,6%	14,8%	11,0%

Întîmplarea (sau ghinionul) nu-și mai are locul în explicarea producerii acestor accidente. Analiza arată că **accidentele pot avea loc în proporție de 50% din cauza jucătorului respectiv** (grad necorespunzător de pregătire, tehnică deficitară, neatenție etc.), **15% datorită adversarului** (joc incorect, necunoașterea regulamentului de joc), **stării echipamentului** (bocanci neadecvați, minge dezumflată sau prea umflată), **25% din cauza stării terenului de joc** (gazon prost întreținut, cu gropi), **a factorilor climaterici** (frig, umezeală, gheață), **a calității arbitrajului** ș.a. Deci **o activitate de pregătire și competițională atent organizată are un mare rol în reducerea numărului de accidente.** Rezultatele unei astfel de grîji manifestate în timp, după cum reiese din statisticile prezentate mai sus, s-a concretizat prin **reducerea în țara noastră, într-o perioadă de 11 ani, a traumatismelor suferite de jucătorii de fotbal cu mai bine de 50%.**

Frămîntări și statistici autohtone

Ca în toate domeniile, analiza fenomenelor se bazează pe date concrete. De aceea considerăm util pentru jucători, tehnicieni și medicii sportivi de echipă, să prezentăm cîteva date statistice obținute în cadrul serviciului de traumatologie al Centrului de medicină sportivă București. În cadrul acestui serviciu au fost tratați jucători ai echipelor naționale de fotbal (A, B, tineret și juniori), ai unor formații bucureștene, precum și ai Centrului de copii și juniori „23 August". Statistica ce se referă la anul 1967 se adresează deci jucătorilor de toate vîrstele și de la toate nivelele competiționale.

Studii intense s-au făcut în primul rînd asupra **cauzelor și mecanismelor** de producere a acestor traumatisme. Această problemă preocupă, de altfel, pe mulți medici din diverse țări. Părerile sînt împărțite asupra cauzelor intime care produc leziunile fiind incriminați următorii factori : ● traumatismul evident (recunoscut de toți într-un oarecare număr de cazuri) ● microtraumatismele (La Cava, I. Priorov ș.a.) ● traumatismul cronic (P. Simbatian) ● tulburări circulatorii și limfatice (M. Bankov) ● supraantrenamentul și oboseala (A. Scerebriakov) ● tulburări ale activității nervoase centrale și vegetative (V. Novak — Cehoslovacia) ● modificări biochimice locale (B. Kassavina și L. Musykant).

După datele noastre, traumatismele suferite de jucători pot fi grupate, după cauzele și mecanismele intime de producere, în următoarele categorii :

1. **Accidente ca urmare a unui traumatism evident;**
2. **Afecțiuni traumatice hiperfuncționale, ca expresie a unor forme localizate de suprasolicitare la nivelul aparatului locomotor.** La acestea nu poate fi precizat un factor traumatic, ci leziunile se produc lent ca urmare a discordanței între solicitările biomecanice ale pregătirii și între posibilitatea funcțională și fizico-chimice ale mușchilor sau țesuturilor solicitate. Lucrările noastre comunicate în cadrul U.S.S.M. au demonstrat prin fotografii microscopice cu tehnici de colorare speciale, că la nivelul acestor leziuni se produc modificări structurale ca urmare a ruperii echilibrului între țesuturi și enzime.
3. **Afecțiuni traumatice cu cauze complexe în care leziunile se produc deoarece solicitările biomecanice se produc la nivelul unor țesuturi ce prezintă modificări metabolice, degenerative, cu tulburări de circulație etc.**

Dintre cele 936 traumatisme sportive inițiale tratate în cursul anului 1967 — 112 cazuri (deci 11,9%) au fost jucători de fotbal. Conform cauzei și mecanismelor de producere expuse mai sus, cauzele au fost încadrate astfel :

1. Afecțiuni cu cauză evident traumatică 47 cazuri (66,1%).
2. Afecțiuni hiperfuncționale (fără un traumatism evident) 31 cazuri (27,7%).
3. Afecțiuni datorate unor cauze complexe 7 cazuri (6,2%).

Deci această categorie a afecțiunilor hiperfuncționale asupra cărora noi insistăm ocupă o pondere importantă (1/3) din totalul cazurilor justificînd prin aceasta sublinierea pe care noi o facem nu numai ca o recunoaștere (diagnostic), dar mai ales pentru tratamentul diferit pe care îl necesită.

Referitor la părțile corpului cel mai frecvent atinse la jucătorii de fotbal, după aceeași statistică, ele se referă la membrele inferioare (75%), membrele superioare și torace (15%), cap și față (5%) etc. Aceste proporții sînt în raport cu stilul și caracteristicile de joc ale fiecărei țări. De exemplu, practicarea unui joc atletic produce creșterea accidentelor la segmentele superioare (mîini, cap) ; un joc dur face să crească numărul leziunilor de natură evident traumatică ; exagerarea și greșelile în pregătirea fizică favorizează afecțiunile hiperfuncționale (fără element traumatic) etc.

În funcție de regiunea anatomică și țesutul lezat, cele mai multe au fost entorsele (20 cazuri), urmate de leziunile musculare și osoase după cum rezultă din tabelul de mai jos :

Afecțiunile traumatice prezentate de jucătorii de fotbal consultați la Centrul de medicină sportivă București, în anul 1967. (dr. Nicolae Stănescu)

1. Afecțiuni evident traumatice : din care :	74 cazuri	66,1%
— întinderi și rupturi musculare	14 „	
— entorse	20 „	
— întinderi aponevroze și ligamente	12 „	
— leziuni menisc	3 „	
— leziuni osoase (fracturi-fisuri)	13 „	
— contuzii grave ale părților moi	12 „	
2. Afecțiuni hiperfuncționale : din care :	31 cazuri	27,7%
— miozite	21 „	
— tendinite	6 „	
— periostite	4 „	
3. Afecțiuni complexe :	7 „	6,2%

De la cauză la efect...

Aceste accidentări, care au scos temporar un număr destul de mare de jucători din activitatea lor, s-au datorat multor cauze dintre care o parte le-am enumerat mai sus. Din cercetarea cazurilor tratate de noi credem că este necesar să subliniem următoarele :

O bună parte din ele se datoresc unor greșeli de pregătire. Unele din acestea, **PRIN DEFICIENȚĂ,** se datoresc unei lipse de pregătire generală sau localizată la unele grupe musculare. Mai sînt încă antrenori și jucători care se preocupă excesiv de pregătirea specifică, neglijînd prelucrarea generală a organismului. În aceste condiții, unele grupe musculare cedează mai repede. Este evident faptul că cele mai multe întinderi și rupturi musculare au fost înregistrate la grupele musculare ale adductorilor și ischio-gambierilor (musculatura posterioară a coapsei) care sînt foarte puțin sau uneori deloc cuprinse în exercițiile de pregătire generală. Acest fapt de observație curentă (la o privire autocritică cred că se vor recunoaște mulți jucători și antrenori) s-a repercutat direct asupra volumului tonusului și forței acestor grupe musculare, fapt pe care noi l-am sesizat în lucrări anterioare și care reiese clar din următoarea situație :

Grupa musculară	Forța musculară*) (medie) în kg. la fotbaliști	Afecțiuni traumatice hiperfuncț.	
Mușchii posteriori ai coapsei (ischio-gambieri)	30	8	5
Mușchii interni ai coapsei (adductorii)	25	3	7
Mușchii anteriori ai coapsei (dreptul anterior și quadricepsul)	50	1	2

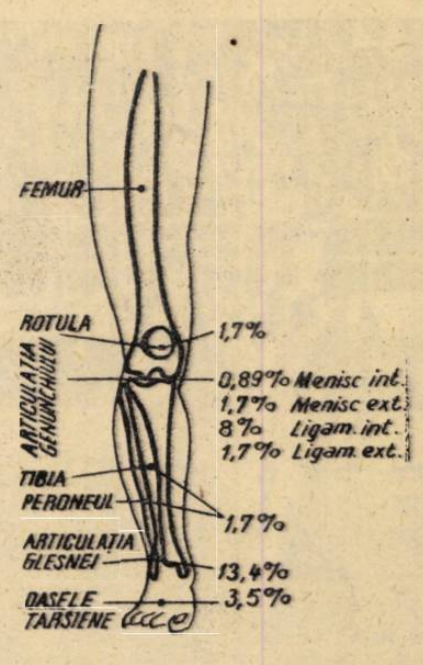
*) *Vezi articolul referitor la forța segmentară la fotbaliști (de dr. N. Stănescu, prof. V. Stănculescu, dr. A. Popovici) din revista „Fotbal" nr. 63/1967.*

Deci cele mai puține accidentări s-au produs la mușchii bine pregătiți (musculatura anterioară a coapsei) care au și forța cea mai mare. **Cele mai multe s-au produs la nivelul musculaturii posterioare și interne a coapsei** care e mai puțin „pregătită" avînd și forța mai mică. Nu este oare acesta un exemplu clar că anumite efecte țin de cauze cunoscute și care pot fi îndepărtate ?

Noutăți în tratament și... folosirea agentului traumatic ca agent de vindecare

După cum aminteam la începutul articolului, tratamentul aplicat afecțiunilor traumatice, la sportivi în general și la fotbaliști în special, se evidențiază îndeosebi prin necesitatea ca acesta să refacă INTEGRAL ȘI RAPID capacitatea funcțională a segmentului lezat. În acest scop s-au creat o serie de metode noi în tratamentul acestor afecțiuni. Rezultatele unor renumiți chirurgi străini precum și a unor apreciați chirurgi români, ca dr. C. Doboșiu, dr. I. Stavarache, dr. D. Tomescu, au contribuit la salvarea și reintegrarea în sport și în fotbal a multora din cei prezenți pe stadioanele noastre. O problemă mai dificilă și mai actuală o ridică leziunile hiperfuncționale care pun problema tratamentului tulburărilor produse între țesut și enzime. În scopul găsirii unor metode eficiente de tratament în cursul ultimilor ani, serviciul de traumatologie al Centrului de medicină sportivă București (director : dr. I. Drăgan) a efectuat numeroase cercetări în colaborare cu clinica de ortopedie a spitalului Brîncovenesc și cu Institutul de anatomie patologică (prof. dr. E. Crăciun). Dintre numeroasele lucrări s-a folosit cu deosebite rezultate metoda propusă de noi, de aplicarea unor **tratamente enzimatice și hormonale.** Aceste tratamente sînt deosebit de eficace deoarece se adresează însăși tulburării de bază între țesuturi și enzimele proprii. De menționat faptul că prin cercetările făcute s-au găsit și căi de administrare foarte favorabile pentru fotbaliști sub formă de unguente cu aplicații percutanate. Rezultatele biologice, histochimice și mai ales cele practicate susțin puternic cu argumente marea eficacitate a acestor metode, în cursul anului 1967 un mare număr de fotbaliști beneficiind de avantajul acestei metode puse la punct și folosite în cadrul serviciului mai sus amintit.

LOCALIZAREA LEZIUNILOR OSTEO - ARTICULARE LA JUCĂTORII DE FOTBAL



Rămîne numai ca medicii și antrenorii să fie puși în curent cu aceste date noi, pentru ca de ele să se bucure un număr cît mai mare de jucători. La realizarea acestui scop contribuie înșeși și succintele date din prezentul articol.

Nu vrem să încheiem aceste rînduri fără a sesiza încă o dată **importanța colaborării dintre medic și antrenor** manifestată în cadrul traumatologiei sportive, prin posibilitatea folosirii elementului traumatizant — **efortul fizic ca element terapeutic.** Minuțioasele metode chirurgicale sau medicamentoase puse la punct cu multă strădanie de medici, nu pot fi valorificate decît dacă antrenorul își dă toată contribuția lui la recuperarea funcțională a jucătorului accidentat. Reîncadrarea prematură, bruscă și directă în efort a jucătorului convalescent, au ca urmare recidivarea afecțiunii, în timp ce efectuarea unui program de recuperare judicios alcătuit, sub permanenta consultare a medicului echipei, aduc avantaje neprecupețite, atît pentru sănătatea jucătorului cît și pentru activitatea antrenorului.

Dr. NICOLAE STANESCU